医療法第 25 条第１項の規定に基づく立入検査に関する報告書
（構造設備以外）

医療機関名

札幌市保健福祉局保健所医療政策課様式作成

施　設　名　称	
作 成 年 月 日	平成　　年　　月　　日　現在
点検統括責任者	所属　　氏名　　電話番号

［ 医 療 従 事 者 ］

	標準数	当年現員数			合　計	適・否
		常　勤	延べ非常勤	換算非常勤		
1―1　医師数 （医療法第２１条第１項第１号 医療法施行規則第１９条第１項第１号）						□
1―2　歯科医師数 （医療法第２１条第１項第１号 医療法施行規則第１９条第１項第２号）	該当 有・無					□
1―3　薬剤師数 （医療法第２１条第１項第１号 医療法施行規則第１９条第２項第１号）						□
1―4　看護師数(**含准看護師**) （医療法第２１条第１項第１号 医療法施行規則第１９条第２項第２号）						□
(再掲)　准看護師数 （医療法第２１条第１項第１号 医療法施行規則第１９条第２項第２号）						
1―5　看護補助者数 （医療法第２１条第１項第１号 医療法施行規則第１９条第２項第３号）						□
1―6　栄養士数 （医療法第２１条第１項第１号 医療法施行規則第１９条第２項第４号）						□

〔備考〕

・医療法に定められた基準により、各職種の充足状況を確認して下さい。

・使用する患者数は、昨年度実績です。

・昨年度、病床数や病床種別に変更があった場合は、直近の３ヶ月の患者数を、３ヶ月に満たない場合は変更日以降の患者数を使用します。

・医師配置標準について、１日外来患者数は通院リハビリテーションのみの患者数を除いた患者数を用いて算定することもできます。

・精神科の外来患者に係る医師配置標準について、医師１人当たりの外来患者数の標準が 40 人から 80 人（耳鼻いんこう科・眼科と同じ扱い）となります。

［管　理］			
2—1　医療法の手続	医療法上の手続が適正に行われていますか。		適・否
1.医療法の使用許可 （医療法第２７条）	構造変更を行った部分について、使用の許可を受けているか。		□
2.医療法届出事項の変更 （医療法施行令第４条、第４条の２）	病院開設許可後の開設届及び届出事項に変更を生じたときにその届出がされているか。		□
3.医療法許可事項の変更 （医療法第７条）	病院の開設許可を受けた後に厚生労働省令で定める事項を変更したときその許可を受けているか。		□
4.地域医療支援病院又は特定機能病院の承認 （医療法第２２条、第２２条の２）	地域医療支援病院又は特定機能病院として定められた事項を有し承認を得ているか。（該当病院のみ）		□
5.診療放射線機器の届出 （医療法施行規則第 24 条～第 29 条）	診療用放射線装置の設置、設置変更、廃止があった場合、届出をしているか。		□
2—2　患者入院状況	患者の入院状況は定められた基準により適正に管理されていますか。		適・否
1.病室の定員遵守 （医療法施行規則第１０条第１項第１号）	許可された定員を超えて患者を入院させていないか。		□
2.病室以外の患者入院 （医療法施行規則第１０条第１項第２号）	病室以外の場所に患者を入院させていないか。		□
3.精神病・感染症患者の一般病室への入院 （医療法施行規則第１０条第１項第３号） ※精神病床、感染症病床を有する病院が該当	精神病患者又は感染症患者をそれぞれ精神病室又は感染症病室以外の場所に入院させていないか。		□
4.病毒感染の危険のある患者の感染防止 （医療法施行規則第１０条第１項第４号） ※全ての病院が該当	病毒感染の危険のある患者からの感染を防止するために適当な措置をとっているか。		□
5.装置、器具、同位元素治療患者の放射線治療病室以外の入院防止 （医療法施行規則第３０条の１５第１項）	診療用放射線照射器具又は診療用放射性同位元素により治療を受けている患者を放射線治療病室以外の病室に入院させていないか。		□
6.放射線治療病室への他の患者の入院防止 （医療法施行規則第３０条の１５第２項）	放射線治療病室に上記５に規定する患者以外の患者を入院させていないか。		□
2—3新生児の管理 ※産科又は産婦人科を標榜する病院が該当	新生児の管理が適切に行われていますか。		適・否
1.管理及び看護体制	新生児に対して必要な管理体制及び看護体制がとられているか。		□
2.避難体制	火災等緊急時における新生児の避難体制があらかじめ定められているか。		□
2—4医師の宿直（医療法第１６条）			適・否
	医師の宿直体制は整っているか。	宿直免除許可	□有 □無
		常勤医のみ	□
		非常勤のみ	□
		混合型	□

2―5医薬品の取扱い （医療法第15条第1項､第20条）	医薬品の取扱が適正に行われていますか。		適・否
1.毒劇薬の区別と施錠保管	毒薬又は劇薬が他のものと区別されているか。		□
	毒薬を貯蔵配置する場所に施錠がされているか。		□
	毒薬を貯蔵している金庫等を固定するなど、盗難防止措置がなされているか。		□
2.毒劇薬の表示	毒薬及び劇薬の直接容器又は直接の被包にそれぞれの表示がなされているか。		□
3.その他の医薬品の管理	その他の薬剤についてもその管理及び取扱いが適正に行なわれているか。	・麻薬	□
		・向精神薬	□
		・温度管理や遮光管理が必要な薬品	□
4.調剤所の衛生と防火管理	調剤所について衛生上、防火上適切な配慮がなされているか。（引火のおそれのある薬品等の例：アルコール類、エーテル類、ベンゼン等）		□
2―6医療機器等の清潔保持及び維持管理（医療法第20条）	医療機器等は清潔な状態に保たれ、かつ、保守管理が十分に行われていますか。		適・否
1.医療機器及び看護用具の清潔保持	医療用具及び看護用具が清潔を保つよう十分手入れがなされているか。 〇例示 ● 滅菌機材が適切に保管されている。 ● ディスポーザブル製品の再使用はしていない。 ● 経管栄養器具の清潔な保管 ● 吸引用具の適切な保管		□
2.病棟諸設備の清潔保持	病棟における諸設備は清潔に保たれているか。 〇例示 ● 病室内の清潔整頓 ● トイレの便器の清潔維持 ● リネン庫に清潔リネン類以外の物品等を保管していない。 ● 不潔物の洗浄・消毒場所の区別はされているか。 ● 水周りの清掃管理は出来ているか。		□
2―7調理機械・器具の清潔保持及び保守管理 （医療法第15条第1項､第20条）	給食施設や設備の清潔保持に注意していますか。		適・否
	給食施設の施設・設備について清潔が保持され衛生上適切な管理が行われているか。 〇例示 ● 清潔区域と不潔区域のゾーニング ● 専用トイレの設置 ● 手洗い設備の設置（自動式・レバー式水栓） ● ペーパータオルの配備 ● 食器消毒設備の設置 ● 食品庫の鼠・昆虫等の進入防止対策		□

2—8職員の健康管理 （医療法第15条第1項）	職員について定期的な健康診断を行い、その結果を職員に通知し必要な措置をとらせていますか。	適・否
（参考） ・病院開設者は労働安全衛生法により事業者として職員の健康を確保するよう規定されている。 ・感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第５３条の２には病院開設者は労働安全衛生法による事業者として職員の定期健康診断を実施するよう規定されている。 ・深夜業務従事者は、年２回の受診が必要である。 〔深夜業務従事者とは、概ね月４回以上の深夜業務に従事する者をいう。〕	（検診実施月：毎年　　月～　　月に実施） （昨年度対象職員数　　人）…① （昨年度実施済職員数　　人）…② 受診率　　％　（②/①×100）	□
	非常勤労働者、業務委託労働者に対する健康診断実施状況の把握方法： （　　）	
2—9医療の情報の提供 （医療法第６条の３）	医療機関の有する医療機能情報が公表されていますか。	適・否
	知事が定める方法により年に１回以上、規則第１条２項に規定する事項を報告するほか、病院内で閲覧できる状況にあるか。	□
	規則別表第１の項第１号にある基本情報に変更があった場合、すみやかに知事に報告しているか。	□

2－10 医療安全管理 （1） （医療法第１条・同６条の 10・同１５条第１項・同 17 条）	医療の安全管理のための体制が確保されていますか。	適・否
１　医療安全管理指針	医療安全管理指針を文書化しているか。	☐
	指針に以下の項目が記載されているか。 ● 医療安全管理に関する基本的考え方 ☐ ● 委員会等の組織に関する基本的事項 ☐ ● 研修に関する基本方針 ☐ ● 改善方策に関する基本方針 ☐ ● 事故発生時の対応に関する基本方針 ☐ ● 情報共有に関する基本方針 ☐ ● 患者相談対応に関する基本方針 ☐ ● 他医療安全の推進のために必要な基本方針 ☐	
２　医療安全管理委員会	医療に係る安全管理のための委員会を開催しているか。	☐
	委員会の管理・運営規定はあるか。	☐
	重大な検討内容について管理者に報告が行われているか。	☐
	改善策の立案・実施・周知がされているか。 （委員会での検討内容を職員に周知しているか。）	☐
	改善策の実施状況を確認しているか。 確認方法：＿＿＿＿＿＿＿＿ （例：自主点検状況の確認等。他の方法でもよい。）	☐
	月１回程度開催されているか。 ☐月１回、☐その他（月　　回）	☐
	委員は、職種横断的に構成されているか。 ☐ 医師　☐＿＿＿＿　☐＿＿＿＿ ☐ 看護師　☐＿＿＿＿　☐＿＿＿＿ ☐ 薬剤師　☐＿＿＿＿　☐＿＿＿＿	
３　職員研修	医療に係る安全管理のための職員研修を実施しているか。	☐
	職種横断的に開催されているか。 ☐ 医師　☐＿＿＿＿　☐＿＿＿＿ ☐ 看護師　☐＿＿＿＿　☐＿＿＿＿ ☐ 薬剤師　☐＿＿＿＿　☐＿＿＿＿	
	未受講者への対応をしているか	☐
	年２回程度開催されているか。（定期：　回　臨時：　回） 内容　①　　年　　月　　日 題名：＿＿＿＿＿＿＿＿ ②　　年　　月　　日 題名：＿＿＿＿＿＿＿＿	☐
	研修内容を記録しているか。 開催日時	☐
	出席者	☐
	研修項目	☐

2－10 医療安全管理 （2） （医療法第１条・同６条の10・同１５条第１項・同17条）	医療の安全管理のための体制が確保されていますか。	適・否
４　医療安全確保のための改善方策	院内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策がとられているか。 （院内発生事故等の収集等）	□
	発生した事故等について医療安全委員会への報告を行っているか。	□
	年間報告数等について 年間インシデント報告件数：＿＿＿＿＿＿件 年間アクシデント報告件数：＿＿＿＿＿＿件	
	医療事故等の情報収集・分析手順等を定めているか。	□
	分析に基づく改善方策を立案しているか。 （マニュアルの改訂等）	□
	改善策の実施状況を確認しているか。 確認方法：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （例：自主点検の実施等。他の手法でもよい。）	□
	医療事故等の分析結果が職員に周知されているか。	□
	周知方法 ● 回覧 □ ● ミーティング □ ● その他 （方法：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） □	
	重大事故発生時には速やかに管理者に連絡しているか。	□
	医療事故等の記録はインシデント・アクシデント報告に基づき作成しているか。	□
５　医療事故に係る再発防止策の周知及び遵守	再発防止策が周知されていると共に、遵守されているか。	□
	● 発生した医療事故の全てが報告されており、院内で情報共有されているか。 □ ● 研修の実施等により、従事者による再発防止策の遵守が徹底されているか。 □	

2－10 医療安全管理 （3） （医療法第１条・同６条の 10・同１５条第１項・同 17 条）	医療の安全管理のための体制が確保されていますか。	適・否
６　医療安全管理者の設置 （則第９条の２３） ※特定機能病院、臨床研修病院、歯科医師臨床研修施設が該当 ※臨床研修病院については兼任でも可	専任の医療に係る安全管理を行う者を配置しているか。	□
	【配置基準】 ● 医師・歯科医師・薬剤師又は看護師のうちいずれかの資格を有している。 □ ● 医療安全に関する必要な知識を有している。 □ ● 自院の医療安全に関する管理を行う部門に所属している。 □ ● 医療安全管理委員会の構成員にふくまれている。 □ ● 医療安全対策の推進に関する業務に専ら従事している。 □	
７　医療安全管理部門の設置 （則第９条の２３） ※特定機能病院、臨床研修病院、歯科医師臨床研修施設が該当	医療に係る安全管理部門を設置しているか。	□
	【業務内容】 ● 医療安全管理委員会で用いられる資料、議事録の作成並びに保存及びその他安全管理委員会の庶務に関すること。 □ ● 医療事故等に関する診療録や看護記録等への記載が正確かつ十分になされていることを確認するとともに、必要な指導を行うこと。 □ ● 患者や家族への説明など事故発生時の対応状況について確認を行うとともに、必要な指導を行うこと。 □ ● 医療事故等の原因究明が適切に実施されていることを確認するとともに、必要な指導を行うこと。 □ ● 医療安全に係る連絡調整に関すること。 □ ● その他医療安全対策の推進に関すること。 □	
８　患者からの相談体制の確保 （則第９条の２３） ※特定機能病院、臨床研修病院、歯科医師臨床研修施設が該当	患者からの相談に適切に応じる体制を確保しているか。	□
	【設置基準】 ● 患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者及びその責任者、対応時間等について、患者等に明示されていること。 □ ● 患者相談窓口に活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱い、相談情報保護、管理者への報告等に関する規約が整備されていること。 □ ● 相談により、患者や家族等が不利益を受けないよう適切な配慮がなされていること。 □	
９　事故等報告書の提出 （則第 12 条） ※特定機能病院、事故等報告病院が該当	・則第９条の 23 に基づき作成した報告書を提出しているか。	□
	①特定機能病院及び事故等報告病院の管理者は、事故等が発生した場合には、当該事故等事案に係る事故等報告書を当該事故等事案が発生した日から原則として２週間以内に、登録分析機関に提出しなければなりません。 ②登録分析機関は、「財団法人日本医療機能評価機構」です。	

2－11 院内感染対策（1） （医療法第６条の 10・同１５条第１項・同 17 条）	院内感染対策のための体制が確保されていますか。	適・否
1　院内感染対策指針	院内感染対策指針を文書化しているか。	☐
	指針に以下の項目が記載されているか。 ● 院内感染対策に関する基本的考え方 ☐ ● 委員会等の組織に関する基本的事項 ☐ ● 研修に関する基本方針 ☐ ● 感染症の発生状況の報告に関する基本方針 ☐ ● 院内感染発生時の対応に関する基本方針 ☐ ● 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 ☐ ● その他当該病院等における院内感染対策の推進のために必要な基本方針 ☐	
2　院内感染対策委員会	院内感染対策のための委員会を開催しているか。	☐
	委員会の管理・運営に関する規定はあるか。	☐
	重大な検討内容について院内感染発生時等の対応状況が管理者へ報告されているか。	☐
	改善策の立案・実施・周知がされているか。 （委員会で検討された内容を、職員に周知しているか。）	☐
	改善策の実施状況を確認しているか。 確認方法：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （例：自主点検の実施等。他の手法でもよい。）	☐
	月１回程度開催されているか。 ☐月１回、☐その他（月　　回）	☐
	委員は職種横断的に構成されているか。 ☐ 医師　☐薬剤師　☐＿＿＿＿ ☐ 看護師（外来）　☐＿＿＿＿　☐＿＿＿＿ ☐ 看護師（病棟）　☐＿＿＿＿　☐＿＿＿＿	
3　職員研修	院内感染防止対策のための職員研修を実施しているか。	☐
	職種横断的に開催されているか。 ☐ 医師　☐＿＿＿＿　☐＿＿＿＿ ☐ 看護師　☐＿＿＿＿　☐＿＿＿＿ ☐ 薬剤師　☐＿＿＿＿　☐＿＿＿＿	
	未受講者への対応をしているか。	☐
	年２回程度開催されているか。（定期：　回　臨時：　回） 内容　①　　年　　月　　日 題名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ②　　年　　月　　日 題名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	☐
	研修内容を記録しているか。　開催日時	☐
	研修内容を記録しているか。　出席者	☐
	研修内容を記録しているか。　研修項目	☐

２－１１ 院内感染対策（２） （医療法第６条の１０・同１５条第１項・同１７条）	院内感染対策のための体制が確保されていますか。	適・否
４　院内感染対策改善方策	院内における感染症発生状況の報告等の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策がとられているか。 (院内感染対策実施状況の確認等)	□
	院内の感染症発生状況が報告され職員に周知されているか。	□
	院内感染対応に関するマニュアルを整備しているか。	□
	標準予防策が策定されているか。 （個人用防護具の適正使用、手指消毒の励行）	□
	経路別予防策が策定されているか。	□
	病原体別予防策を策定しているか。	□
	院内感染対応に関するマニュアルの定期的な見直し・確認が行われているか。 確認方法：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （例：自主点検・院内ラウンド・外部評価等。他の方法でもよい。）	□
５　院内感染対策者の設置 （則第９条の２３） ※特定機能病院が該当	・専任の院内感染対策を行う者を配置しているか。	□
	【配置基準】 ● 医師・歯科医師・薬剤師又は看護師のうちいずれかの資格を有していること。 □ ● 院内感染対策に関する必要な知識を有していること。 □	

2－12 医薬品安全管理（1） （医療法第６条の10・同１５条第１項・同17条）	医薬品に係る安全管理のための体制が確保されていますか。				適・否
1　医薬品安全管理責任者の配置 ※病院は、管理者との兼務は不可です。	医薬品の安全使用のための責任者を配置しているか。				
	資格	□医師　□歯科医師　□薬剤師　□看護師			□
	氏名		所属		
	医薬品安全管理責任者が医薬品業務手順書の作成を行っているか。				□
	医薬品安全管理責任者が医薬品業務手順書に基づく業務の実施を行っているか。				□
	医薬品安全管理責任者が情報収集及び安全使用のための改善方策を行っているか。				□
	医薬品安全管理責任者が職員研修を実施しているか。				□
2　職場研修	必要に応じ、従事者に対する医薬品の安全使用のための研修を実施しているか。 直近の開催実績　＿＿年＿＿月＿＿日 内容　題名：＿＿＿＿＿＿＿＿				□
	研修内容には次の事項が含まれているか。				□
	● 医薬品の有効性・安全性に関する情報、使用方法に関する事項　□ ● 業務手順書に関する事項　□ ● 副作用が発生した場合の報告等の対応に関する事項　□				
3　業務手順書の作成とその実施	医薬品の安全使用のための業務手順書を作成しているか。				□
	業務手順書の変更等は、安全管理委員会で協議しているか。				□
	業務手順書には以下の内容の記載があるか。				□
	● 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項　□ ● 医薬品の管理に関する事項　□ ● 患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項　□ ● 患者に対する与薬や服薬指導に関する事項　□ ● 医薬品の安全使用に係る情報の取扱いに関する事項　□ ● 他施設との連携に関する事項　□				
	必要に応じ記載内容の見直しを行っているか。				□
	従業者の業務が業務手順書に基づき行われているかを定期的に確認し、記録しているか。				□

2－12 医薬品安全管理（2） （医療法第６条の10・同１５条第１項・同17条）	医薬品に係る安全管理のための体制を確保されていますか。	適・否
４　医薬品安全管理責任者による業務の定期的な確認の実施	医薬品安全管理責任者により、業務手順書に基づく業務の定期的な確認を、患者への与薬の段階まで行っているか。	□
５　情報収集と安全使用のための改善方法	情報収集など医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策がとられているか。	□
	医薬品の情報を収集・管理しているか。 □添付文書　□製造販売業者情報　□行政機関通知等 □医薬品・医療機器等安全性情報　□学術誌	□
	収集した安全情報等は職員へ周知しているか。	□
	院内で副作用等が発生した場合の報告体制があるか。	□

<table>
<tr><th>2－13 医療機器安全管理（1）
（医療法第６条の 10・同１５条第１項・同 17 条）</th><th colspan="5">医療機器に係る安全管理のための体制を確保されていますか。</th><th>適・否</th></tr>
<tr><td rowspan="6">１　医療機器安全管理責任者の配置
※病院は、管理者との兼務は不可です。</td><td colspan="5">医療機器の安全使用のための責任者を配置しているか。</td><td rowspan="3">□</td></tr>
<tr><td>資格</td><td colspan="4">□医師　□歯科医師　□薬剤師　□看護師
□臨床検査技師　□診療放射線技師　□臨床工学技士</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>所属</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">医療機器安全管理責任者が医療機器保守点検計画の策定及び実施を行っているか。</td><td>□</td></tr>
<tr><td colspan="5">医療機器安全管理責任者が情報収集及び安全使用のための改善方策を行っているか。</td><td>□</td></tr>
<tr><td colspan="5">医療機器安全管理責任者が職員研修を実施しているか。</td><td>□</td></tr>
<tr><td rowspan="5">２　職場研修</td><td colspan="5">新機種導入等の機会に、医療機器に関する研修が行われているか。
直近の開催実績　　年　　月　　日
内容　　題名：</td><td>□</td></tr>
<tr><td colspan="5">保守管理を要する医療機器に関する定期的な研修が行われているか。（特定機能病院が該当）</td><td>□</td></tr>
<tr><td colspan="5">研修に以下の内容が含まれているか。
□有効性・安全性　□使用方法　□保守点検
□不具合発生時の報告　□法令上遵守すべき事項</td><td>□</td></tr>
<tr><td colspan="4" rowspan="3">研修実施記録を作成し保存しているか。</td><td>出席者</td><td>□</td></tr>
<tr><td colspan="4">研修内容</td><td>□</td></tr>
<tr><td colspan="4">研修資料</td><td>□</td></tr>
</table>

2－13 医療機器安全管理（2） （医療法第６条の 10・同１５条第１項・同 17 条）	医療機器に係る安全管理のための体制を確保されていますか。	適・否
３　保守点検計画の策定とその実施	保守点検計画を策定し保守点検を行っているか。	□
	保守点検計画が必要な医療機器について、機種別に保守点検に関する計画策定及び保守点検の実施をしているか。 □人工心肺装置　□人工呼吸器　□血液浄化装置 □除細動装置　□閉鎖式保育器　□診療用放射線照射装置 □診療用高エネルギー放射線発生装置	□
	保守点検計画が必要な医療機器について、機種別に保守点検の時期・保守点検の実施・使用状況・修理状況・購入年等を記録しているか。	□
	保守点検を外部委託する際、適正な能力を持つ者と契約しているか。	□
	点検結果（業務委託の場合は点検結果報告書）を適切に評価・保存しているか。	□
	病院が管理する医療機器の全てに係る安全管理のための体制を確保している。 (院内の医療機器の一覧表を作成し管理する等。他の方法でもよい。)	□
４　情報収集と安全使用のための改善方策	情報収集など医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策がとられているか。	□
	医療機器の情報を収集・管理しているか。 □添付文書　□取扱説明書　□製造販売業者情報 □行政機関通知等　□医薬品・医療機器等安全性情報 □学術誌　□その他（　）	□
	収集した安全情報等は職員へ周知しているか。 □全職員へ配布　□各部署へ配布 □別途情報誌を作成し配布　□院内電子メール等 □その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）	□
	医療機器の不具合や安全性情報について管理者へ報告しているか。	□
	院内で医療機器の不具合等が発生した場合の報告体制があるか。	□

２―１４　ドクターヘリの運航に係る安全の確保	ドクターヘリの運航に係る安全が確保されていますか。	適・否
１　ドクターヘリの運航に係る要領の策定	運航要領において、安全確保等のために必要な以下の事項が規定されているか。 □ 自ら入手した情報又は消防機関等以外の依頼若しくは通報により出動する場合におけるルールに関する事項 □ 依頼又は通報の主体との連携に関する事項 □ 離着陸場所が満たすべき要件に関する事項 □ 離着陸場所において実施する安全確保のための取組に関する事項 □ 個々の状況を考慮した安全確保のための取組に関する事項 □ 乗務員等及び想定される消防機関以外の依頼又は通報の主体に対する安全確保のための教育に関する事項 □ 安全確認とその判断に関する事項 □ 着陸における安全確保のために必要な事項	□
２　運航要領に定められた事項の遵守	運航要領において定められた事項が遵守されているか。	□

［帳 票 ・ 記 録］		
3―1　診療録の管理、保存 （医療法第 15 条第１項）		適・否
	適切に作成された診療録が適切に管理、保存されているか。	□
	診療録の記載事項については医師法第 24 条第１項及び同法施行規則第 23 条により、 ①診療を受けた者の住所・氏名・性別及び年齢 ②病名及び主要症状 ③治療方法（処方及び処置） ④診療の年月日 と規定されています。 診療録は医師法第 24 条第２項により５年間これを保存することと規定されています。	
3―2　助産録の管理、保存 （医療法第 15 条第１項）		適・否
	適切に作成された助産録が適切に管理保存されているか。 （助産師がその業務に従事している病院）	□
3―3　診療に関する諸記録の整理保管 （医療法第２１条第１項第９号）		適・否
	過去２年間の診療に関する諸記録が適正に整理保管されているか。	□
	診療に関する諸記録 ア　病院日誌 （病院の経営管理に関する総合的特記事項の日誌） イ　各科診療日誌 （各科別の診療管理上の総括的事項の日誌並びに看護に関する記録日誌） ウ　処方せん （院内で調剤する処方せんにあっては、患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、処方医師の記名押印又は署名。調剤が終了した処方せんにあっては、調剤済みの旨、調剤年月日、調剤した薬剤師の記名押印又は署名が必要です。） エ　手術記録 （手術室の管理、各科の利用状況などの事項の記録） オ　看護記録 カ　検査所見記録 （検査室において行われた検査結果の記録） キ　エックス線写真 ク　入院患者及び外来患者の数を明らかにする帳簿 （注：病院日誌に記入されていても差し支えありません。） ケ　入院診療計画書 （患者が入院した日から起算して７日以内に診療を担当する医師により、入院中の治療に関する計画等を書面にして作成し、患者又は家族へ交付し適切な説明が必要です。）	

3―4　エックス線装置等に関する記録		適・否
1　装置及び器具の使用時間の記録及び保存 （医療法施行規則第 30 条の２３第１項）	装置又は器具の１週間当たりの延べ使用時間をその使用する室ごとに帳簿に記載し、これを１年ごとに閉鎖し、閉鎖後２年間保存しているか。 （ただし、その室の画壁等の外側における実効線量率がそれぞれ所定の線量率以下になるよう遮蔽されている場合は、この限りではありません。）	□
2　装置、器具、同位元素及び同位元素による汚染物の記録及び保存 （医療法施行規則第 30 条の２３第２項）	医療法施行規則第 27 条第２項に規定する診療用放射線照射器具及び診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の入手、使用及び廃棄並びに放射線同位元素によって汚染された物の廃棄に関する帳簿の記載が適正に行われているか。 また、帳簿を１年ごとに閉鎖し、閉鎖後５年間保存しているか。	□
3　線量当量等の測定、記録及び保存 （医療法施行規則第３０条の２２第１項）	放射線障害が発生するおそれがある場所について、所定の方法により、診療開始前及び開始後１か月に１回以上放射線の量及び放射性同位元素による汚染の状況が測定され、その結果に関する記録が５年間保存されていますか。 （ただし、固定されたエックス線装置等の場合は６か月に１回以上測定すること。）	□
4　治療用エックス線装置等の放射線量の測定保存 （医療法施行規則第３０条の２１）	治療用エックス線装置、診療用高エネルギー放射線発生装置、診療用粒子線照射装置使用室及び診療用放射線照射装置の放射線量が６か月に１回以上線量計で測定され、その結果に関する記録が５年間保存されているか。	□
3―5　院内掲示 （医療法第 14 条の2第１項）		
	病院内の見やすい場所に定められた事項が掲示されているか。	□
	【掲示すべき事項】 管理者の氏名　□ 診療に従事する医師又は歯科医師の氏名　□ 医師又は歯科医師の診療日及び診療時間　□ 建物の内部に関する案内　□	

［業務委託］	
4―1　検体検査 （医療法施行規則第９条の８）	
医療法第21条第１項第５号の規定による臨床検査室の有無	□ある　□ない
委託契約の有無	□全部　□一部　□無 業者名
契約期間	□自　年　月　日・至　年　月　日 □　年より自動更新
代行保証	契約に代行保証が含まれていますか。 □ある　□ない（業務確保方法：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
受託業者の検査場所	□全て委託病院の臨床検査室で実施 □全て院外の受託業者の施設 □委託病院の臨床検査室と受託業者の施設の両方
標準作業書等	業者より標準作業書を徴収していますか。 □はい　□いいえ
業務案内書	業者より業務案内書を徴収していますか。 □はい　□いいえ
4―2　滅菌消毒 （医療法施行規則第９条の9）	
医療法第21条第１項第12号の規定による消毒室の有無	□ある　□ない
医療材料を滅菌消毒する施設	□ある　□ない ある場合の名称等　例：中央材料室 （　　）
医療材料の滅菌消毒業務の委託契約の有・無	□全部　□一部　□なし 業者名
契約期間	□自　年　月　日・至　年　月　日 □　年より自動更新
院内作業書	業者に委託している場合、要滅菌消毒対象物を業者に引き渡すまでの作業工程表を作成し病棟職員等に周知しているか。 □はい　□いいえ
	業者に委託していない場合、院内での作業工程表を作成し職員等に周知しているか。 □はい　□いいえ
標準作業書	業者より業者の標準作業書を徴収しているか。 □はい　□いいえ
業務案内書	業者より業務案内書を徴収しているか。 □はい　□いいえ

４―３　食事の提供 （医療法施行規則第９条の１０）	
委託契約の有・無	□あり　　□なし 業者名
契約期間	□自　　年　　月　　日・至　　年　　月　　日 □　　年より自動更新
代行契約	代行契約を行っているか。 □ある　　□ない（業務確保方法：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
栄養士	・委託の場合、受託業者の栄養士が受託業務を行う場所にいるか。 □はい　　□いいえ
栄養管理	・委託業者により作成された献立表について、基準を満たしていることを確認しているか。 □はい　　□いいえ
食中毒発生時の供給体制	・食中毒等障害発生時の食事提供体制を確保していますか。 □はい　　□いいえ
	・確保の方法（具体的にご記入下さい。書ききれない時は別紙でお願いします。）
給食委員会	□実施している。（最近の実施日　　年　　月　　日） □実施していない。（実施予定日　　年　　月　　日）
	・委託業者の参加状況 □参加している。 （参加者の資格等：　　） □参加していない。
健康管理	・委託業者職員の健康状態の把握方法：
標準作業書	・病院が自ら実施すべき業務について、医療法の別表に定められた事項が入っている標準作業書を作成しているか。 □はい　　□いいえ
標準作業書	・業者より標準作業書を徴収しているか。 □はい　　□いいえ
業務案内書	・業者より業務案内書を徴収しているか。 □はい　　□いいえ

４―４　患者等の搬送 （医療法施行規則第９条の１１）	
委託契約の有・無	□あり　□なし 業者名
契約期間	□自　年　月　日・至　年　月　日 □　年より自動更新
標準作業書	・業者より標準作業書を徴収していますか。 □はい　□いいえ
業務案内書	・業者より業務案内書を徴収していますか □はい　□いいえ
４―５　医療機器の保守点検 （医療法施行規則第９条の１２）	
委託契約の有・無	□あり　□なし 業者名
契約期間	□自　年　月　日・至　年　月　日 □　年より自動更新
標準作業書	・業者より標準作業書を徴収していますか。 □はい　□いいえ
業務案内書	・業者より業務案内書を徴収していますか。 □はい　□いいえ
４―６　医療ガスの供給設備の保守点検 （医療法施行規則第９条の１３）	
委託契約の有・無	□あり　□なし 業者名
契約期間	□自　年　月　日・至　年　月　日 □　年より自動更新
標準作業書	・業者より標準作業書を徴収していますか。 □はい　□いいえ
業務案内書	・業者より業務案内書を徴収していますか。 □はい　□いいえ

４―７　洗濯 （医療法施行規則第９条の１４）	
医療法第21条第１項第12号の規定による洗濯施設の有無	□ある　　□ない
委託契約の有・無	□全部　　□一部　　□なし 業者名
契約期間	□自　　年　　月　　日 ・ 至　　年　　月　　日 □　　年より自動更新
代行契約	業務確保のため代行契約を行っているか。 □ある　　□ない（業務確保方法：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
対　象　物	□患者病衣　　□患者リネン　　□ベッド用マット　□従事者業務衣料 □その他（　　）
院内作業書	院内での作業書を定めるなどして、洗濯物を業者に引き渡すまでの工程表を作成し病棟職員等に周知しているか。 □はい　　□いいえ
標準作業書	・業者より標準作業書を徴収し確認しているか。 □はい　　□いいえ
業務案内書	・業者より業務案内書を徴収し確認しているか。 □はい　　□いいえ
４―８　清掃 （医療法施行規則第９条の１５）	
委託契約の有・無	□あり　　□なし 業者名
標準作業書	□委託契約がある場合、業者より標準作業書を徴収し確認しているか。 □委託契約がない場合、院内の標準作業書を作成しているか。
契約期間	□自　　年　　月　　日 ・ 至　　年　　月　　日 □　　年より自動更新
代行保証	契約に代行保証が含まれているか。 □ある　　□ない（業務確保方法：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
業務案内書	委託契約がある場合、業者より業務案内書を徴収し確認しているか。 □はい　　□いいえ
作業内容の検討	院内感染防止の観点から、清掃の標準作業書の内容について、院内感染防止対策委員会等で検討しているか。 □はい　　□いいえ

４－９　感染性廃棄物の処理 （医療法第２０条、廃棄物の処理及び清掃に関する法律第１２条の２）	
管　理　責　任　者	氏名：　　資格：
処　理　計　画	□あり　□なし （特別管理産業廃棄物排出量が前年度 50ｔ以上の病院が対象となります。）
管　理　規　定 （　内　規　）	□あり（　年　月　日策定）　□なし
周　知　方　法	管理規定及び処理計画をどのように職員に周知徹底しているか。
マ　ニ　フ　ェ　ス　ト	７枚綴りのうち、A 票、B2 票、D票及び E 票を整理して綴っているか。（5 年保存） □はい　□いいえ
処　理　実　績　報　告	年間処理実績を６月末までに市長に報告しているか。 □はい　□いいえ
許　可　書　の　確　認	受託業者の許可書に記載された業務内容や有効期間を確認しているか。 □はい　□いいえ
委　託　契　約　の 有　・　無	・委託業者名と所在地： １　収集・運搬業者 名称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 所在：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ２　中間処理業者 名称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 所在：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ３　最終処理業者 名称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 所在：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
	委託をしていない場合の処理方法 （書ききれない場合は、別紙に記載して下さい。）
契　約　期　間	□自　年　月　日・至　年　月　日 □　　年より自動更新

4－10　医療用放射性汚染物の廃棄 ［医療法施行規則第30条の14の2］	
	医療用放射性汚染物の廃棄については、指定業者に委託しているか □はい　　□いいえ　　□該当なし
	医療用放射性汚染物質の処理を業者に委託する場合においては、医療用放射性汚染物が医療機関内の放射線源とならぬよう、廃棄施設内（保管廃棄設備）において適切な管理を行っているか □はい　　□いいえ

［防 火・防 災 体 制］		
5－1　防火管理者及び消防計画 （医療法第２０条、医療法第２３条） （消防法第8条関係）		適・否
	適切な防火体制を整備するにあたり、防火管理者の資格を有する者を防火管理者として定め、管轄消防署に届けているか。 防火管理者　職　　氏名	□
	消防法令に即して消防計画を作成し、管轄消防署へ届け出ているか。	□
5－2　消火訓練・避難訓練 （医療法第２０条、医療法第２３条）		適・否
	避難訓練及び消火訓練をそれぞれ年２回以上実施しているか。 避難訓練（直近１年間） 実施日：　　年　月　日、　　年　月　日 消火訓練（直近１年間） 実施日：　　年　月　日、　　年　月　日	□
5－3　防火・消火用設備の整備 （医療法施行規則第１６条）		適・否
	・防火・消火上必要な設備が整備されているか。 1. 消火設備の例（消防法施行令第７条第２項） 消火器、水バケツ、水槽、乾燥砂、屋内消火栓 スプリンクラー、泡消火器、化学薬品による消火設備 屋外消火栓、動力消防ポンプ等 2. 警報設備の例（消防法施行令第７条第３項） 自動火災報知器、警鐘、ハンドマイク、手動式サイレン 非常ベル、放送設備、自動式サイレン等 3. 避難設備の例（消防法施行令第７条第４項） 避難はしご、すべり台、救助袋、緩降機、避難橋 誘導灯、誘導標識等	□
5－4　点検報告等 （医療法第２０条、医療法施行規則第１６条）		適・否
	適切な防火体制の整備にあたり、消防関係法令に即して防火対象物、消防用設備の点検報告等を実施しているか。	□

５－５　防災及び危害防止対策 （医療法施行規則第１６条）		適・否
	「病院防災対策マニュアル」が整備されているか。	□
	・緊急時の職員連絡網を整備し職員へ周知しているか。 周知の方法：（　　）	□
	・診察の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備について、危害防止上必要な方法を講じているか。 危害防止上必要な方法の例 1. 電気を使用する診療用器械器具については絶縁及びアースについて安全な措置を講ずること。 2. 光線を治療に使用する器械器具については眼球その他に障害を与えぬよう配慮すること。 3. 熱を使用する器械器具については過熱することのないよう断熱材等を適切に使用すること。 4. 保育器、酸素テント、高圧酸素室等について定期点検及び使用前点検を行うこと。 5. 年１回以上漏電防止のための措置が講じられていること。 6. ＬＰガス設備の保安点検を行うこと。	□

［ 放 射 線 管 理 ］	放射線等取扱施設を有する病院 （＊のついた項目はＲＩ取扱施設に関する事項です。）	
６―１管理区域		適・否
1.管理区域の設定と標識	病院内の場所であって外部放射線の線量、空気中の放射性同位元素の濃度又は放射性同位元素によって汚染される物の表面の放射性同位元素の密度が所定の線量、濃度又は密度を超えるおそれがある場所を管理区域と設定しているか。 また、管理区域である旨を示す標識が付されているか。	□
2.管理区域への立入制限と被ばく防止の措置	管理区域内に人がみだりに立ち入らないような措置が講じられているか。	□
６―２敷地の境界等における防護措置		適・否
	敷地内の人が居住する区域及び敷地の境界における線量を所定の線量限度以下にするためのしゃへい等の措置が講じられているか。	□
６―３放射線障害の防止に必要な注意事項の掲示		適・否
	放射線等取扱施設に患者及び取扱者に対する放射線障害の防止に必要な注意事項が目につきやすい場所に掲示されているか。	□

6―4放射線装置・器具・機器及び同位元素の使用室・病室の標識		適・否
1.診療室及び各装置・器具・機器使用室並びに治療病室としての標識	エックス線診療室、診療用高エネルギー放射線発生装置使用室、診療用粒子線照射装置使用室、診療用放射線照射装置使用室、診療用放射線照射器具使用室、放射性同位元素装備診療機器使用室、診療用放射性同位元素使用室及び放射線治療病室等についてその旨を示す標識が付されているか。	□
2.各使用室の出入口の構造＊	診療用高エネルギー放射線発生装置使用室、診療用放射線照射装置使用室、診療用放射線照射器具使用室及び診療用放射性同位元素使用室については、人が常時出入りする出入口が１か所となっているか。	□＊
6―5使用中の表示		適・否
1.使用室の出入口の標識	エックス線装置を使用している時はエックス線診療室の出入口にその旨を表示しているか。	□
2.放射線の発生・照射が自動的に表示する装置＊	診療用高エネルギー放射線発生装置使用室及び診療用粒子線照射装置使用室並びに診療用放射線照射装置使用室の出入口に放射線発生時に自動的にその旨を表示する装置が設けられているか。	□＊
6―6取扱者の遵守事項＊		適・否
1.作業衣の着用＊	診療用放射性同位元素使用室又は廃棄施設においては作業衣等を着用して作業しているか。	□＊
2.同位元素に汚染された物の持出し禁止＊	放射性同位元素により汚染された物をみだりに診療用放射性同位元素使用室、廃棄施設又は放射線治療病室若しくは管理区域から持ち出していませんか。	□＊
6―7従事者の被ばく防止の措置		適・否
	放射線診療従事者の被ばく防止について適切な措置がとられているか。	□
6―8患者の被ばく防止の措置		適・否
	患者の被ばく防止について適切な措置がとられているか。	□
6―9器具又は同位元素で治療を受けている患者の標示＊		適・否
	診療用放射線照射器具又は診療用放射性同位元素により治療を受けている患者に適当な表示を付しているか	□＊
6―10使用・貯蔵等の施設設備＊		適・否
	放射線装置・器具・機器の使用または放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬、廃棄をしているか。	□＊

6―１１照射器具及び同位元素の管理＊		適・否
1.照射器具の紛失防止＊	診療用放射線照射器具の紛失防止について適切な措置が取られているか。	□＊
2.同位元素の廃止後の措置＊	診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置について適切な措置がとられているか。	□＊
6―１２障害防止措置		適・否
	放射線装置に所定の障害防止の方法が講じられているか。	□
6－１３閉鎖施設の設備・器具＊		適・否
1.外部に通じる部分の閉鎖のための設備等＊	放射性同位元素装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通ずる部分に閉鎖のための設備または器具を設けているか。	□＊
2.排液処理槽の開口部の構造と人の立入禁止措置＊	排液処理槽の上部開口部の周囲に人がみだりに立ち入らないよう柵等で区画され、その出入口に鍵そのほか閉鎖のための設備又は器具が設けられているか。	□＊
6―１４放射性同位元素使用室の設備＊		適・否
1.放射線測定器、汚染除去器の設置＊	出入口付近に汚染の検査に必要な放射線測定器、汚染除去に必要な機材、薬剤及び洗浄設備並びに更衣設備が設けられているか。	□＊
2.準備室の排気設備＊	準備室にフード、グローブボックス等の装置が設けられているときは排気設備に連結されているか。また、洗浄設備を設けているか。	□＊
6―１５貯蔵箱等の障害防止の方法と管理＊		適・否
1.貯蔵容器等の防護＊	貯蔵及び運搬時に１メートルの距離における実効線量率が 100 マイクロシーベルト毎時以下になるようにしゃへいされているか。	□＊
2.容器の構造と材質＊	貯蔵容器、運搬容器について、空気を汚染するおそれのある場合は気密構造となっているか。また、液体状の場合はこぼれにくい構造で液体の浸透しにくい材料でできているか。	□＊
3.標識の標示＊	貯蔵容器、運搬容器または保管廃棄容器を示す標識が付されているか。	□＊
6―１６廃棄施設＊		適・否
1.排液処理槽の構造＊	排水設備において排液流出の調整装置が設けられているか。	□＊
2.排気設備の空気拡散防止の設備＊	排気設備において放射性同位元素によって汚染された空気のひろがりを急速に防止することのできる装置が設けられているか。	□＊

６－１７通報連絡網の整備		適・否
	事故発生に伴う連絡網並びに通報先等を記載した、通報基準や通報体制を予め定めているか。	□
６－１８移動型エックス線装置の保管		適・否
	移動型エックス線装置に鍵のかかる保管場所又は鍵をかけて、移動させられないようないずれかの措置を講じているか。	□
６－１９陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の使用体制の確保＊		適・否
1.放射線障害の防止に関する予防措置＊	放射線障害の防止に関する予防措置を講じているか。	□＊
2.陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師の配置＊	陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師を配置しているか。	□＊